

## **Desigualdades en el acceso al tratamiento. Aportes y disputas desde el Trabajo Social**

Ayelén Gallini<sup>1</sup>

Belén Lacava

Carolina Lorenzo

Mariana Olocco

Lucía Paruelo

Daiana Silver

Recibido: 20-10-2016

Aceptado: 21-04-2017

### **Resumen:**

El presente escrito se enmarca en un trabajo realizado en la residencia de Trabajo Social en un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Mediante el presente se busca analizar los obstáculos que encuentra la población que concurre al Hospital, para acceder a los tratamientos, problema recortado en torno al acceso a medicamentos, insumos y estudios indicados por el equipo de salud.

Se busca enmarcar el quehacer cotidiano en relación al acceso a tratamientos, en dinámicas societarias más amplias, a fin de poder comprender la lógica a la cual responden los circuitos administrativos-institucionales de acceso a tratamientos. Es por ello, que se analizan los conceptos de campo, accesibilidad, violencia institucional y modelos de atención (Modelo Médico Hegemónico-Salud Integral). También las consecuencias que conllevan estos obstáculos en la adherencia a los tratamientos y la salud integral de las/os usuarias/os del sistema. Se visibiliza que los circuitos administrativos de acceso a tratamientos vehiculizan control social y violencia institucional.

Consideramos que las/os trabajadoras/es de la salud deben problematizar estos circuitos e incidir en la organización del proceso de trabajo para generar accesibilidad, impactando en el ejercicio de los derechos humanos y en la salud integral de la población. En las instituciones de

---

<sup>1</sup> Todas las autoras son Licenciadas en Trabajo Social (UBA) y realizan su residencia en el Hospital de Agudos "Dr. Cosme Argerich" de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: [daianasilver@hotmail.com](mailto:daianasilver@hotmail.com)

salud, el Trabajo Social<sup>2</sup> cumple un rol fundamental en la garantía de este acceso, dadas las incumbencias de nuestro colectivo profesional.

*Palabras claves: desigualdades sociales - salud - trabajo social*

### **Abstract:**

This paper is part of a work carried out at the Social Work residence of the General Hospital in Buenos Aires, Argentina. The present study seeks to analyze the difficulties and obstacles encountered by the population attending the Hospital, in order to access the treatments, a problem related to the access to medicines, supplies and studies indicated by the health team. It seeks to frame the daily task in relation to access to treatments, in broader societal dynamics, in order to understand the logic to which the administrative-institutional circuits of access to treatments and the role attributed to Social Work. This is why we analyze the concepts of field, accessibility, institutional violence and models of care (Hegemonic Medical Model-Integral Health), in addition to the consequences of the difficulties in access to treatment adherence and integral health of the users of the system. It is seen that the administrative circuits of access to treatments convey social control and institutional violence.

We consider that the health workers should think about the circuits and influence in the organization of the work process to generate accessibility, impacting in the exercise of human rights, in the integral health of the population and in the processes of social inequality. In health institutions, Social Work plays a fundamental role in guaranteeing this cess, according to the competences of our professional group.

*Keywords: social inequalities - health - social work*

---

<sup>2</sup> Se aclara que en las instituciones hospitalarias continúa denominándose Servicio Social al Trabajo Social. En este trabajo utilizaremos el término Trabajo Social para aludir al Servicio hospitalario destinado a nuestra profesión.

### Introducción

La siguiente producción se enmarca en el proceso de la residencia en Trabajo Social de un Hospital General de Agudos de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), de gestión pública. El objetivo general que guió este escrito fue analizar las tensiones que atraviesan el acceso al tratamiento de la población en el hospital donde realizamos nuestra residencia. Y como objetivos específicos, caracterizar y problematizar las dificultades en el acceso al tratamiento en un Hospital General de Agudos de CABA, reflexionando asimismo el lugar que ocupa nuestra profesión en torno a estas tensiones, teniendo en cuenta el rol asignado y el rol asumido del Trabajo Social<sup>3</sup> en los circuitos administrativos en relación al acceso al tratamiento. Por último, también se buscó analizar las consecuencias de las dificultades en el acceso al tratamiento sobre la población que concurre al Hospital.

En relación a la metodología empleada, dicha producción corresponde a una sistematización de numerosas reflexiones en torno a la experiencia profesional acumulada en el transcurso de la residencia de Trabajo Social. Esta reflexión se dio en el marco de la atención a usuarias/os de un hospital público tanto en las salas de internación como en otros espacios donde el Trabajo Social tiene injerencia.

A lo largo de este trabajo, nos referiremos a la idea de “acceso a tratamientos”. Si bien el término tratamiento refiere a un conjunto amplio de variables que hacen al cuidado de la salud, incluyendo determinantes sociales y condicionantes institucionales que facilitan u obstaculizan la atención y el cuidado de la salud, a los fines de este trabajo acotaremos su significado al acceso a medicamentos, insumos y estudios que derivan de indicaciones del equipo de salud.

Queremos destacar que este ejercicio reflexivo acota también algunos aspectos del circuito administrativo de la institución hospitalaria en la que nos insertamos, para

---

<sup>3</sup> Se aclara que en las instituciones hospitalarias continua denominándose Servicio Social al Trabajo Social. En este trabajo utilizaremos el término Trabajo Social para aludir al Servicio hospitalario destinado a nuestra profesión.

enfocarse en las dificultades compartidas por todas/os las/os usuarias/os. Sin embargo, podemos visualizar que si bien la desigualdad estructural que existe en nuestra sociedad atraviesa en gran parte a los/as usuarios/as del Hospital, dichos procesos de reproducción de la desigualdad en muchos casos recrudecen en aquellos sectores más desprotegidos, generando grandes complejidades al momento del acceso a los tratamientos.

Para este análisis, nos interesa enmarcar el quehacer cotidiano del trabajo en salud en relación al acceso a tratamientos en dinámicas societarias más amplias, a fin de poder comprender la lógica a la cual responden los circuitos administrativos-institucionales de acceso a tratamientos y el rol que institucionalmente se atribuye al Trabajo Social en los mismos. Es por ello que se analizan los conceptos de campo, accesibilidad, violencia institucional y modelos de atención, además de las consecuencias de las dificultades en el acceso sobre la adherencia a los tratamientos y la salud integral de las/os usuarias/os del sistema.

El trabajo cuenta con una argumentación teórica que atraviesa diferentes aspectos tales como: la institución en clave de campo, los modelos de atención en salud, el acceso y la adherencia, la medicalización en el campo de la salud y el lugar del Trabajo Social en el acceso a los tratamientos. Concluimos el artículo recuperando algunas ideas centrales y reflexiones finales del recorrido realizado.

### **Las barreras en el acceso al tratamiento**

Las dificultades que nosotras evidenciamos en la institución hospitalaria para el acceso a la medicación no están desvinculadas de los procesos de desigualdad social. Dentro de los tratamientos, los medicamentos ocupan un lugar cada vez más central, sean prescritos por profesionales de la salud o enmarcados en estrategias de auto-atención. No obstante, la dificultad para adquirir los medicamentos se constituye en la principal barrera de acceso a los cuidados médicos. Barros (2004) refiere que el 90% de la producción mundial de medicamentos es consumida por el 10% de la población. La posibilidad o no de obtener un medicamento cuando se lo necesita es el aspecto en el que se registran mayores

brechas e inequidades entre ricos y pobres.

En relación a las dificultades de acceso a la medicación Tobar (2002) identifica tres grandes grupos de condicionantes:

- 1- *Barreras socio sanitarias*: se incluyen la falta de cobertura de determinadas prestaciones en el menú de recursos y servicios contemplados por la política pública en salud y las barreras económicas, provenientes de los costos que las personas deben afrontar para acceder a la atención sanitaria (transporte, lucro cesante, costo de los tratamientos, etc.).
- 2- *Barreras provenientes de la organización de los sistemas de salud*: fundamentalmente la diferenciación que imponen a los tratamientos durante la internación y ambulatorios. Estas barreras, Tobar las explica por la lógica interna de cada modalidad de tratamiento: “*En los servicios intrahospitalarios, el proceso del tratamiento es integral y continuo. En su carácter de institución total el hospital precisa asumir directamente todas las tareas que involucra la cadena de producción (...) En los servicios ambulatorios, el tratamiento es fragmentado: diagnóstico, prescripción y tratamiento son fases diferentes que involucran distintos responsables y con frecuencia también diferentes formas de financiación*” (Tobar, 2002, p. 5). En nuestra experiencia, confirmamos lo mencionado por Tobar. Tal es así que en ocasiones los/as usuarios/as permanecen internadas/os como única alternativa de acceso al tratamiento. Pero consideramos que esto se relaciona a una lógica social, y desde el concepto de campo<sup>4</sup> entendemos que éstas se imponen luego de arduas luchas, a partir de las cuales la lógica predominante pasa a percibirse como “natural”. En este sentido, que en los tratamientos ambulatorios exista fragmentación entre las etapas de la atención sanitaria del proceso de salud-enfermedad y por ende dificultad en el acceso, obedece a lógicas que pueden ser revisadas.
- 3- *Barreras provenientes de la dinámica económica del mercado mundial de medicamentos*: fija los precios en función de la ganancia de los laboratorios internacionales (poseedores en gran medida de los derechos de patente) y no de las necesidades sanitarias de la población.

---

<sup>4</sup> Entendemos al concepto de campo como “*La convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en donde los diferentes agentes luchan por la consolidación o por la reproducción y predominio de uno o más capitales*” (Bourdieu, 1997).

Entendemos que estas barreras atraviesan los circuitos administrativos de acceso a los tratamientos. En la experiencia concreta de trabajo, coincidimos en que estos circuitos obligan a las personas a enfrentar e intentar sortear una serie de obstáculos, constituyendo el acceso a los tratamientos en un recorrido desgastante y frustrante.

Para ejemplificar este impacto en términos de salud integral en el caso de la medicación, la inexistencia de la misma en la farmacia del Hospital para ser entregada a los/las “pacientes” ambulatorias/os genera el inicio de un extenso trámite en busca de “negativas”<sup>5</sup>, que bien podríamos llamar rechazos. La autogestión como una de las principales características para llevar adelante este trámite se suma a la incertidumbre. A las/os pacientes nadie les dice cómo hacer para conseguir el tratamiento indicado. La/el médica/o indica, y luego la/el paciente debe encarar la tarea de obtener información clara y precisa de cómo conseguirlo. En este proceso concurren al Servicio Social, interviene en el circuito de la medicación informando a la población acerca de los extensos pasos que deben realizar para -quizás- obtenerla. La legitimidad de este circuito está sostenida por el aval institucional y la falta de problematización de las/os profesionales sobre este punto.

Podemos evidenciar que este circuito contiene una alta carga de incertidumbre, convirtiéndose en un proceso de idas y venidas, donde la confusión y el malentendido es “normal”, además de la incertidumbre de saber si en alguno de los pasos por recorrer serán escuchadas/os, atendidas/os y en el mejor de los casos lograrán alcanzar una respuesta favorable. Esto genera sensación de desamparo, incrementando el padecimiento.

Las idas y venidas en la búsqueda de negativas, en la continua “falta de un papel”, en los cambios discrecionales, nos permite entrever consecuencias concretas en la población: la falta de acceso al tratamiento, que deviene en malestares físicos y subjetivos, agravando el cuadro de salud. Lo que se trasluce también en la pérdida de horas de trabajo, de descanso, de cuidado de hijas/os, de tiempo de vida, de los/as usuarios/as y cuidadoras/es.

---

<sup>5</sup> La solicitud de la negativa es un trámite administrativo en donde una institución pública certifica por escrito que no cuenta con el recurso solicitado y dicha negativa habilita al/la ciudadano/a a reclamar dicho recurso en otra institución de otro nivel gubernamental.

Son pérdidas nunca reconocidas e incluso subestimadas.

Desde una perspectiva de derechos, entendemos que estos circuitos expresan en su interior un aspecto estructural del problema de acceso a los tratamientos, que es la violencia institucional.

### **Violencia Institucional vehiculizada en los circuitos de acceso a los tratamientos**

Si bien el origen de las definiciones en violencia institucional se da en relación a los abusos policiales, consideramos pertinente ampliar esta definición comprendiendo que se extiende a todas las instituciones de nuestra sociedad capitalista. En las mismas se reproducen relaciones asimétricas en simultáneo a la desigualdad estructural que conlleva inherente al orden social.

La violencia que implican estos circuitos está en los modos institucionales de organizar los servicios que la institución brinda. Entendemos entonces que la revisión y modificación de estos modos de trabajar que vehiculizan violencia institucional requieren el ejercicio de la práctica reflexiva y de la construcción de estrategias para la expansión de la autonomía relativa de las/os trabajadoras/es.

Fleury et. al. (2013) utiliza el término “peregrinación” para hacer referencia al recorrido por las distintas instituciones que las personas deben atravesar, revelando no sólo el sufrimiento de los/as usuarios/as que buscan el acceso, sino la humillación frente a la negación del derecho y la irresponsabilidad de los distintos efectores de salud, que remiten el problema a la búsqueda de una solución individual. En el mismo sentido, Auyero (2013) plantea que el tiempo de espera, (re)crea la subordinación. La incertidumbre y la arbitrariedad engendran un efecto subjetivo específico entre quienes necesitan al Estado para sobrevivir: se someten en silencio a requisitos del Estado, por lo general arbitrarios. En una sociedad desigual, y en un campo de la salud que se desarrolla en torno a la tensión “salud como derecho - salud como mercancía”, cualquier acción o modo institucional de “resolver” los problemas que individualice el acceso a los recursos y prestaciones necesarias para atender la salud configura, desde nuestra perspectiva, una violencia institucional, en

tanto responsabiliza a las personas de sus problemas, encubre la desigualdad y desdibuja la responsabilidad del Estado.

Desde esta lectura, la finalidad de los circuitos administrativos de acceso a los tratamientos es el no cuestionamiento del *status quo* institucional<sup>6</sup>, y el no develamiento de la violencia estructural de la sociedad, mediante el disciplinamiento de los cuerpos y la subjetividades de las/os usuarias/os de la institución. Asimismo, las/os trabajadoras/es también somos disciplinadas/os de igual manera, perdiendo el control sobre los objetivos y la finalidad de nuestro trabajo.

Fleury et. al. (2013) define a la violencia institucional como:

... todo tipo de violencia ejercida en instituciones, en especial en los servicios públicos, caracterizada por la acción u omisión de condiciones tanto materiales como simbólicas, responsables por la falta de acceso y la mala calidad de los servicios. Abarca, también, desde abusos cometidos en virtud de las relaciones desiguales de poder entre usuarios y profesionales dentro de las instituciones, hasta una noción más restringida de daño físico intencional, fruto del racismo, sexismo, moralismo, y otros estigmas (p. 14).

Nos interesa la definición de Fleury ya que abarca más que el simple vínculo entre funcionarios públicos y ciudadanas/os, aspecto central de las definiciones clásicas de violencia institucional. Señala que ese vínculo no se construye entre personas aisladas sino que es un modo institucional de relación, entre instituciones públicas y las/os usuarias/os, en el que éstas/os ocupan un lugar de subordinación y se les exige pasividad. Esta modalidad de relación, no se encuentra explicitada en las misiones y funciones de las instituciones, pero desde nuestra perspectiva es indisociable de las instituciones en sociedades capitalistas.

---

<sup>6</sup> La acción del circuito de acceso a los tratamientos encubre que el acceso a los bienes y servicios necesarios para la garantía del derecho a la salud no es igualitario, distorsionando la idea de derecho por la de trámite, que deben realizar quienes no pueden acceder a la cobertura a través del mercado. De esta manera, se refuerza la idea de que el hospital público y los recursos públicos son para quienes no pueden pagar, desde un paradigma residual de la política pública en salud.

Entendemos que comprender y analizar de forma crítica el espacio social donde desarrollamos nuestras prácticas permite darse estrategias al interior del espacio de trabajo para incidir en los circuitos y mecanismos institucionales que vehiculizan violencia.

Como trabajadoras/es de la salud es necesario reconocer las especificidades que adquiere la violencia institucional en los espacios en los que nos desempeñamos. A esto nos dedicaremos en el siguiente apartado.

### **La institución hospitalaria en clave de campo**

Habitualmente hablamos de “sistema” de salud, término que remite a un todo sectorizado y organizado funcionalmente. Para poder analizar el problema del acceso a los tratamientos, nos guiaremos por el concepto de campo que remite a la existencia de actores con intereses contrapuestos, que luchan entre sí.

A partir de este concepto, los servicios de salud son un escenario de acción de diversos actores con intencionalidades diferentes que se disputan, entre otras cosas, el sentido de la acción en salud. Siguiendo a Spinelli (2010) esto da lugar a la existencia de tensiones que se manifiestan en el proceso de trabajo:

- las asociadas al desigual reparto de la legitimidad de las diferentes profesiones y disciplinas, que dificulta la interdisciplina,
- las asociadas a la persistencia de estructuras administrativas arcaicas, que dificultan las innovaciones institucionales,
- y la fragmentación en multiplicidad de servicios, con ausencia de criterios integradores, que contribuye a la disolución de las responsabilidades por los cuidados de la salud.

Esto lo podemos visualizar en los circuitos administrativos de acceso a la medicación, que atraviesan diferentes servicios, los cuales sólo conocen la parte “que les corresponde”, no pudiendo dar cauce a la incertidumbre que le genera a la persona usuaria no conocer la totalidad del circuito. Esto activa procesos de enajenación en la/el trabajador/a, en tanto

fragmenta su relación con el resultado de su trabajo e impacta en la relación que las personas usuarias van construyendo con el sistema de salud.

Es importante señalar que la fragmentación no es propia de la política en salud, sino que caracteriza al conjunto de la política pública. Es decir, la fragmentación es propia del Estado capitalista, ya que es la forma en que atiende y comprende la cuestión social.

En el campo de la salud, no obstante, se introducen elementos propios que generan fragmentación. Nos referimos a la ideología dominante en el campo, que Menéndez llamó Modelo Médico Hegemónico (MMH), que se definirá más adelante. En la institución hospitalaria se evidencia la fragmentación a partir de la organización del trabajo hiper-especializado y compartimentado en diferentes servicios, con escasa interacción entre sí. Asimismo, entendemos que la actuación profesional en salud se produce en el marco de tensiones entre el carácter universal de las legislaciones vigentes y las disposiciones, usos y costumbres, circuitos, protocolos institucionales que restringen y excluyen a gran parte de la población en el ejercicio de sus derechos.

Esto es resultado de un desarrollo histórico que se fue dando de manera conflictiva en torno a la tensión entre la salud como derecho y como mercancía. Siguiendo a Dosso (s/f):

... el conjunto de las prestaciones en salud... se han estructurado en el contexto de una sociedad basada en la resolución de la tensión entre la necesidad de acumulación y el reconocimiento formal de la igualdad. Por lo tanto, en el abanico de prestaciones en salud socialmente producidas conviven lógicas contrapuestas: la salud como derecho y como mercancía (p.6).

En este sentido se producen líneas de fuga entre los enunciados y las prácticas, que se vinculan al proceso de construcción del Estado y las políticas públicas.

Hablamos de la noción de campo ya que tiene la potencia analítica de permitir pensarnos como agentes con capacidad de incidir en las reglas que regulan las relaciones

entre los diversos actores, más allá del lugar que ocupemos en el mismo y de los recursos de poder que movilizemos. Esta capacidad de agencia que tenemos como trabajadoras/es de la salud se pone en juego en el trabajo cotidiano, en el posicionamiento en relación a los modelos de atención.

En el uso de esta capacidad de agencia, consideramos fundamental problematizar el MMH al interior de los equipos de salud –trabajando la accesibilidad simbólica- e intentando incidir en la organización del trabajo en la institución –aspectos burocráticos y administrativos, normativas, protocolos, etc.

### **Modelos de atención en salud**

Hemos mencionado anteriormente que el modelo de atención que subyace a la actual configuración de los circuitos de acceso a los medicamentos, es el MMH. Podemos identificar en el campo de la salud, a grandes rasgos, dos modelos de atención contrapuestos: MMH y el de Salud Integral.

Según Menéndez (1988), el MMH se caracteriza por el biologismo, individualismo, la a-historicidad, la a-sociabilidad, el mercantilismo, la eficacia pragmática, el autoritarismo, la participación subordinada o pasiva del paciente, la exclusión, la legitimación jurídica, la profesionalización formalizada, la identificación con la racionalidad científica, las tendencias inductivas al consumo médico. Identifica al biologismo como rasgo estructural del mismo, que resulta en la explicación de la enfermedad a partir de sus aspectos manifiestos, los cuales son ponderados “... *sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad*” (Menéndez, 1988, p. 2).

Consideramos que estas características son las que dificultan la posibilidad de ver los aspectos conflictivos de las propias prácticas, invisibilizando que es parte constitutiva de las mismas, por desarrollarse en un campo atravesado por intereses contrapuestos. El conflicto es negado, lo cual deriva en la des-responsabilización por los resultados finales de las intervenciones profesionales, que podemos también significar en términos de procesos de

alienación.<sup>7</sup>

En contraposición a este modelo, la perspectiva de Salud Integral plantea la necesidad de definir a la salud enmarcada en la totalidad social, entendiendo el carácter histórico y social de los procesos de salud-enfermedad-atención, donde el conflicto no queda afuera sino que es parte del trabajo en salud. Retomando la corriente teórica de la Medicina Social Latinoamericana, se postula el concepto de salud como proceso. Al decir de Ferrara (1985), se trata de “... un concepto dinámico producido y produciéndose en el propio tiempo histórico social que lo determina” (p. 10).

Dentro del Hospital, la violencia institucional se ve estructurada simbólicamente en torno a la definición de salud desde el MMH, que al negar los condicionantes sociales asume una primera violencia, individualizando y fragmentando las causas de los padecimientos. Por otra parte, estas instituciones de salud, ejercen nuevamente violencia al individualizar la responsabilidad en el acceso a tratamientos.

Las prácticas dominantes en el campo de la salud, regidas por la ideología del MMH, producen subjetividad, tanto en las/os usuarias/os como en las/os trabajadoras/es. La misma se caracteriza por individualizar un problema social mediante la culpabilización de las/os sujetos y la naturalización de la violencia, que implica la indicación de un tratamiento y que desde la misma institución se niegue y/o obstaculicen su acceso.

Estos mecanismos legitiman los modos institucionales de atención esperando sujetos pasivos, que acepten sin cuestionar el lugar que la institución les otorga: “pacientes”. La perpetuación de esta dominación está en la construcción activa de esta invisibilización: que

---

<sup>7</sup> Según Spinelli “La alienación expresa la pérdida del “para qué” y el “por qué” del trabajo. Significa no tener una historia donde reflejarse, ni tampoco horizontes de sentidos... La alienación en los trabajadores se expresa de diferentes maneras: en la pérdida de vínculos con la organización (no siente pertenecer, ni que le pertenezca); con el trabajo (pierde el significado y el sentido de lo que hacen); con los equipos (no hay identidad) y con los usuarios (no construye vínculos). Esto no es gratuito, y tiene sus consecuencias en la salud de los trabajadores de la salud, tema tabú al interior de las organizaciones, a pesar que entre los trabajadores existe la cuasi certeza de que las enfermedades, las licencias por “carpeta psiquiátrica”, los problemas de adicciones y muertes de no pocos compañeros/as, tienen que ver con el trabajo. De eso no se habla, domina aún el “silencio hospital” y si se habla se cae en categorías diagnósticas como burnout o moving que no pocas veces obturan la discusión sobre el trabajo, ya que la categoría diagnóstica médica o psicológica lo explica todo”.

la violencia no pueda ser percibida como tal, sino como “lo normal” o “lo natural”.

En lo concreto, se conmina a las/os usuarias/os a tomar el lugar asignado en la relación asimétrica, a fin de poder acceder a sus derechos. Este vínculo va en detrimento de una lógica de accesibilidad, que lejos de generar encuentro, genera un campo fértil para la expulsión.

### **Acceso a los tratamientos y adherencia en salud**

Otro aspecto fundamental para enmarcar el sentido del trabajo en salud en relación al acceso a los tratamientos, es el carácter social de la adherencia a los tratamientos. Desde la biomedicina, la adherencia al tratamiento es entendida “*como una actitud de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento por parte del paciente*” (Margulies, et. al., 2006, p. 288), de manera absolutamente desvinculada de la accesibilidad. La adherencia se construye sobre un modelo del “deber ser”, por lo que se considera que un/a paciente adhiere al tratamiento cuando sus actitudes coinciden con las prescripciones biomédicas. Esta es la concepción predominante en la actualidad de nuestras instituciones sanitarias.

Desde el enfoque de Salud Integral, entendemos:

... la complejidad del proceso de salud enfermedad atención de los sujetos teniendo en cuenta el contexto socio-económico-institucional en el que se desarrolla, y reconociendo que sucede en interacción con otros, entre los cuales se encuentra el equipo de salud (p. 18).

De esta forma:

... la adherencia al tratamiento tomada como vínculo implica dejar de lado la visión culpabilizadora del paciente y entender que la responsabilidad sobre el tratamiento se construye entre los sujetos y los servicios (p. 18).

Virar de la culpabilización a la comprensión y el acompañamiento es un cambio de posicionamiento fundamental en el equipo de salud para poder hablar de adherencia al tratamiento desde un abordaje integral y ubicarnos en un lugar que no vehiculice la violencia institucional.

### **La medicalización dentro del campo de la salud**

Otro de los aspectos estructurales que hacen al campo de la salud es el proceso de medicalización. Creemos importante abordar este proceso porque configura la respuesta social hegemónica a los problemas de salud, siendo los circuitos administrativos de acceso a los tratamientos, un medio de disciplinamiento social.

Greco (2010) define la medicalización como el dominio que ejercen el saber y el poder médico sobre aspectos de la vida de las/os sujetos que antes estaban fuera de su área de incumbencia y que con este movimiento pasan a ser categorizados en términos de salud-enfermedad. Esta intervención creciente de la medicina en la vida y en las relaciones sociales, implica el ejercicio del control social sobre esos ámbitos, legitimado socialmente en la facultad de definir lo normal y lo patológico. Añade que estas clasificaciones, vehiculizan determinadas pautas morales, aunque la medicina pretenda definirse como una disciplina neutral.

Frente a este panorama, este desafío nos coloca a todos/as como protagonistas para llevar adelante al modelo de Salud Integral a un lugar hegemónico. Menéndez propone que, si la categoría de enfermedad es una llave para medicalizar, se hace indispensable reubicar la enfermedad como producto histórico y construcción social, evitando su apropiación y sectorización por la biomedicina.

Siguiendo a Frankel (2008), la medicalización es una estrategia biopolítica que incluye el gobierno de los cuerpos de todos los sectores sociales. Para los sectores con poder adquisitivo, crea productos y servicios y les vende "calidad de vida y bienestar" que compran en el mercado. A esta estrategia, el autor la denomina "medicina de la salud", en tanto las/os involucra activa y positivamente como productores de su salud. Pero alerta que

al mismo tiempo produce un desplazamiento de ciudadana/o a consumidor/a.

Para los cuerpos pobres, que por no poder operar en el mercado quedan excluidas/os de esta estrategia de “medicina de la salud”, sigue rigiendo la estrategia biopolítica de “medicina de la enfermedad”, que clasifica sus padecimientos en “normal” y “patológico”, donde la “cura” está en manos del/a médico/a y el/la sujeto es un/a “paciente” que asume pasivamente las indicaciones necesarias para curarse.

En este trabajo observamos que la pasividad se registra sólo en la ausencia de capacidad de decisión sobre los tratamientos, porque por lo contrario, las personas asumen un papel muy activo en la autogestión de la accesibilidad a los tratamientos.

Consideramos importante resaltar el carácter de construcción social de la medicalización, porque es lo que permite pensar en la posibilidad de actuar sobre este proceso para transformarlo: es posible la acción política.

### **El Trabajo Social y la problemática de acceso a los tratamientos**

Como trabajadoras/es del hospital, tenemos parte en el circuito administrativo de acceso a los tratamientos. El lugar subordinado que ocupa Trabajo Social en ese circuito es definido institucionalmente y encuentra tensiones con las incumbencias profesionales, que resultan del acotado margen de incidencia de nuestra profesión en una institución donde rige el MMH. La intervención de nuestra profesión en el acceso a los tratamientos, tensiona el intento de naturalizar las violencias que conlleva el circuito descrito, trabajando activamente en pos de la garantía en el acceso.

Trabajo Social desarrolla la función socio educativa en su intervención profesional con la población, para reforzar la perspectiva de reivindicación de derechos, y con las otras disciplinas del equipo de salud, reforzando la perspectiva de salud integral. En ambos casos, la intervención apunta a desarticular la violencia simbólica que cristaliza el *status quo*, naturalizando la desigualdad.

En el acceso al tratamiento, Trabajo Social desarrolla estrategias de asistencia (informando y acompañando), de gestión (facilitando el acceso) y de educación

(desandando la naturalización de la burocracia y reivindicando la perspectiva de derechos).

Si bien el rol asignado institucionalmente es en principio administrativo-burocrático (evaluar y demostrar la imposibilidad de acceso a la medicación a través del mercado), paralelamente remueve barreras de acceso, mediante gestiones al interior de la institución y trabaja con las personas para fortalecer las representaciones de la salud, vinculadas a los derechos humanos.

Consideramos que Trabajo Social cuenta con una gran potencialidad en relación a la gestión de recursos, la cual está dada por el profundo conocimiento de los distintos actores y sus relaciones de fuerza. Siguiendo a Balenzano (2011), este saber-poder forma parte de los recursos simbólicos con los que contamos tanto para la gestión puntual de un recurso, para ubicar un tema en agenda o para la toma de decisiones que involucren la salud de la comunidad.

En un campo laboral tan adverso, la reciente promulgación de la Ley Federal de Trabajo Social Nº 27072 es un respaldo importante en las intervenciones cotidianas, en tanto en su artículo Nº 9 define que las incumbencias profesionales son toda práctica que las/os trabajadoras/es sociales consideremos necesario realizar *“siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales”*.

### **Reflexiones finales**

La actuación profesional en salud se produce en el marco de tensiones entre el carácter universal de las legislaciones vigentes y las disposiciones, “usos y costumbres”, circuitos, protocolos institucionales que restringen y excluyen a gran parte de la población en el ejercicio de sus derechos. Esto es resultado de un desarrollo histórico que se ha dado de manera conflictiva en torno a la tensión entre la salud como derecho - mercancía. En este sentido se producen líneas de fuga entre los enunciados y las prácticas, que no se originan en la Medicina, sino que se vinculan al proceso de construcción del Estado y las políticas públicas.

Continuar reflexionando sobre nuestras prácticas en conjunto con otras/os, nos

permite construir conocimiento para generar estrategias que traccionen cambios al nivel de la micro política en los espacios de trabajo, en el marco de nuestra intervención profesional y en las intervenciones del equipo de salud.

Esto implica cuidarnos como trabajadoras/es. Reconocernos como parte de un circuito que genera padecimiento, es enfrentarnos a la frustración que esto genera; pero al mismo tiempo nos permite reconocer la capacidad de agencia que tenemos como profesionales y trabajadoras/es.

Por tanto, queremos rescatar que las/os profesionales de la salud somos agentes sociales capaces de *“conservar, resistir o modificar el campo de la salud”* (Dosso, s/f: 5). Que si bien estamos condicionados por las reglas que regulan la acción en dicho campo, éste no puede reproducirse por fuera de la acción-interacción entre las/os sujetos, porque se trata de relaciones sociales.

Para ganar autonomía en las instituciones es necesario comprender que las características del MMH ocultan los aspectos conflictivos de las propias prácticas, invisibilizando que las mismas contienen constitutivamente el conflicto, por desarrollarse en un campo atravesado por intereses contrapuestos. En tanto, la perspectiva de Salud Integral plantea la necesidad de definir a la salud enmarcada en la totalidad social, entendiendo el carácter histórico y social de los procesos de salud-enfermedad-atención, donde el conflicto no “queda afuera” sino que es parte del trabajo en salud.

Asimismo, es necesario visualizar que el problema del acceso a los tratamientos a través de los circuitos descritos está atravesado por procesos de medicalización, como estrategia biopolítica que incluye el gobierno de los cuerpos de todos los sectores sociales, realizando un desplazamiento de ciudadana/o a consumidor/a.

También es necesario comprender el carácter social de la adherencia a los tratamientos, para dejar de lado la visión culpabilizadora del/a paciente y entender que la responsabilidad sobre el tratamiento se construye entre las/os sujetos y los servicios.

En este marco, reconocemos la potencialidad del Trabajo Social en conjunto con otras profesiones de reforzar la perspectiva de salud integral, en los circuitos

administrativos de acceso a los tratamientos.

Creemos fundamental el ejercicio de reflexión constante de nuestras prácticas a los fines de generar estrategias que contrarresten los efectos de la violencia institucional que se ejerce mediante estos circuitos, en un constante intento de expandir la autonomía relativa de la profesión en la institución y evitar la rutinización de las prácticas, y a la vez en pos de la defensa del acceso al derecho a la salud de la población.

### **Bibliografía consultada:**

AUYERO, J. (2013). *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba.

BARROS, J. A. C. (2004). *Políticas farmacéuticas ¿Al servicio de la salud?* Brasilia: UNESCO

BALENZANO, C. (2011). *Microprocesos de Trabajo en los Servicios Sociales de Salud Pública: un estudio de caso en el primer y segundo nivel de la atención en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)*. Tesis de maestría. Universidad Nacional de Lanún.

BOURDIEU, P. (1997). *Espacio social y espacio simbólico*. En Razones prácticas, Barcelona: Editorial Anagrama.

BUCHANAN L., CASSINELLI A., TROIANI J., DE NOIA V., VARAS S. Y VELOSO A. (2014). *Yo anduve mucho... Reflexiones sobre accesibilidad. La situación de Juana*. Coloquio. Residencia de Trabajo Social. Hospital Gral. de Agudos "Dr. Cosme Argerich".

COMES Y. ET. AL. (2006). El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, XIV. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

DOSSO, D. (s/f). *Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo*. Disponible en: <http://www.trabajo-social.org.ar>

FERRARA, F. (1985). *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: Catálogo Ediciones.

FLEURY. S., BICUDO V. Y RANGEL G. (2013). Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. *Revista Salud Colectiva*, 9 (1), 11-25. Buenos Aires.

FRANKEL, D. (2008). *Medicalización de la vida. Salud pública y eugenesia social*. Colección Salud Comunitaria. Serie Enfermería. Buenos Aires.

GRECO, A. (2010). *Las voces acalladas en la Maternidad*. Buenos Aires: CEDES-FLACSO.

LEY FEDERAL DE TRABAJO SOCIAL Nº 27.072

MARGULIES, S., BARBER, N. Y RECODER, M.L. (2006). VIH-SIDA y "Adherencia" al Tratamiento. Enfoques y Perspectivas. *Revista Antípoda*, 3, 281-300.

MENÉNDEZ, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y atención primaria*. Ponencia presentada en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.

PARUELO, L. (2013). *Reflexiones en torno a la accesibilidad en el Servicio de Trasplante Hepático*. Trabajo Final. Residencia de Trabajo Social. Hospital Gral. de Agudos "Dr. Cosme Argerich".

ROVERE, M. (1998). *Calidad centrada en el ciudadano*. Ponencia presentada en el 80° Congreso de la Salud del Municipio de Rosario.

SPINELLI, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Revista Salud Colectiva UNLA*, 6 (3), 275-293. Buenos Aires.

TOBAR, F. (2002). *Acceso a los Medicamentos en Argentina: Diagnóstico y alternativas*. Buenos Aires: CEDES.

TOBAR F., OLAVIAGA S. Y SOLANO R. (2012). *Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino*. Documentos de Políticas Públicas Nº 108. CIPPEC - Área de Desarrollo Social - Programa de Salud.